4e Année. No 2. 1er Février 1883.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIII

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, In-8, 16 pages 1 25

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in 8° 15 pages avec figures en noir .... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir........ fr. 3 50

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaires, lingual et pharyngien.* In-8, 5 pages. 0 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in 8°, 16 pages........ fr. 1 25

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille.* In-8° 24 pages........ 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir........ fr. 1 25

E. J. Moure. — *Étude sur les Kystes du Larynx*, grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte........ fr. 3 50

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in 8°... fr. 1 25

H. Guinier.—*Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8°, 17 pages........ fr. 1 25

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier*, in-8°, 18 pages........ fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie*, in-8°, 40 pages........ fr. 1 50

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx.* In-8° 20 pages. 1 25

Pour recevoir l'un de ces ouvrages il suffit d'en adresser le montant au Bureau de la REVUE ou à l'Editeur.

4e Année. N° 2. 1er Fevrier 1883.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Rapport sur les maladies de l'oreille traitées à la clinique, du prof. G. Gruber, du 1er janvier au 31 décembre 1881 (Suite et fin). (1)

Par le professeur Gruber

Médecin auriste à l'Hôpital général (K.-K.) de Vienne.

Lésions du tympan. — Nous avons observé 10 cas de lésions traumatiques du tympan. Une fois la cause fut l'introduction d'un brin de paille dans l'oreille d'un malade qui portait une botte de paille ; une autre fois, chez un musicien, elle résulta d'un coup donné sur l'oreille gauche par une porte en mouvement, et dans tous les autres cas elle fut la conséquence de soufflets donnés sur l'oreille. Cinq fois le tympan était dégénéré auparavant (cicatrices, dépôts calcaires); et dans les autres cas la lésion existait seule.

(1) Travail communiqué en allemand. — Voir le n° 1, Janvier 1881.

Deux fois la perforation occupait la partie postéro-inférieure, trois fois l'antéro-inférieure. La lésion occasionnée par le brin de paille et celle du musicien étaient situées au niveau de la partie postéro-supérieure.

Il est intéressant de voir combien l'audition est atteinte d'une manière différente par ces sortes de lésions. Outre les cas particuliers dans lesquels ces dernières portant sur des tympans déjà dégénérés amenèrent une amélioration de l'ouïe affaiblie auparavant, ce qui peut s'expliquer ainsi que nous l'avons démontré, par le changement apporté à la stagnation vasculaire de la membrane.

Il arrive également que dans des lésions occupant le même point de tympans tout à fait normaux, l'audition soit affectée d'une manière absolument variable.

L'histoire du musicien dont nous avons parlé plus haut, fut en quelques mots la suivante :

« Aussitôt qu'il eut reçu le coup, le malade s'évanouit ; quelques minutes après son réveil il éprouva, pendant qu'il parlait, un bruit (Schappern) dans son oreille, sans que l'audition fut très affectée, il n'existait point d'écoulement de sang, ni de douleur.

Le lendemain, à l'examen, nous vîmes une déchirure occupant toute l'épaisseur du tympan gauche au niveau de sa partie postéro-supérieure, il existait une rétraction irrégulière de ses différentes couches. Les plus externes étaient plus rétractées que l'interne, de telle sorte que cette dernière était visible au fond de la plaie et que l'on apercevait une fissure d'environ deux millimètres dans l'épaisseur du tympan lui-même.

L'aspect général de la membrane était pâle, et la lèvre antérieure de la plaie seule était un peu rouge.

La montre était entendue de ce côté à 1 mètre.

La lésion guérit sans suppuration et en même temps disparurent tous les symptômes.

La perforation occasionnée par le brin de paille occupait la partie postéro-supérieure du tympan droit.

Les douleurs qui suivirent le traumatisme persistèrent le lendemain et le malade éprouva en outre des bourdonnements continuels, il eut de la fièvre. L'audition était de 0.40 cent. à la montre.

Pendant le traitement il y eut une simple imflammation occupant les bords de la plaie, la guérison fut complète en neuf jours.

Inflammation aiguë du tympan. — Un malade fut atteint d'inflammation du tympan à la suite d'introduction de camphre dans l'oreille dans le but de calmer des maux de dents. D'autres furent occasionnées par un refroidissement antérieur, et dans un cas nous observâmes la formation d'un abcès sur le tympan, et sur le segment postérieur apparurent de petites tumeurs analogues à des pustules qui ne subirent aucune modification appréciable après la douche d'air. L'abcès se vida bientôt du côté du conduit sans occasionner de perforation totale du tympan.

Dans le traitement des affections de la membrane tympanique, il est de règle de ne pas toucher les parties enflammées mais plutôt d'attendre et d'essayer de calmer les symptômes subjectifs.

Dans les cas de douleurs vives et d'hypérémie très prononcée, nous faisions quelques scarifications sur les parties molles situées près du tympan et nous pouvions ainsi diminuer la douleur. Inutile d'ajouter que nous employâmes en outre le traitement que nous avons déjà conseillé dans nos rapports antérieurs.

Des cicatrices du tympan. — Parmi les maladies que nous avons eu l'occasion de traiter, il faut surtout signaler le cas d'une cicatrice mobile occupant le segment inférieur du tympan droit que nous n'avons pu voir qu'après l'ablation de corps étrangers. Elle avait les dimensions d'une lentille, étant nettement circonscrite, déprimée vers la caisse et subissant des mouvements d'oscillation sous l'influence de la déglutition et de la respiration. Ces mouvements étaient un peu compliqués en ce sens que pendant ces deux actes physiologiques la cicatrice se portait en partie en dedans et en partie vers l'extérieur.

La malade entendait mal et était peu intelligente ; aussi ne pouvait-on se rendre compte de l'augmentation ou de la diminution du pouvoir auditif après avoir tendu artificiellement le tympan.

Relâchement du tympan. — Parmi les cas mentionnés dans ce rapport, l'un d'eux mérite surtout d'être mis en évidence, c'est celui d'une jeune fille âgée de dix-sept ans, originaire de Vienne, atteinte depuis plusieurs années d'un catarrhe naso-pharyngien et de l'oreille moyenne. Le médecin traitant incisa le pli postérieur du tympan afin d'améliorer l'ouïe du côté gauche, à la suite de l'opération survint une amélioration qui dura seulement quelques jours ; et d'après la malade la même opération fut faite huit fois sur le même tympan sans que le résultat fut satisfaisant. On trouva le cadre postéro-supérieur du tympan fortement porté en dedans. Après l'expérience de Valsava, la partie déprimée vint bomber en dehors pour reprendre quelques minutes après sa première position. Après Valsava, le bourdonnement qui tourmentait continuellement la malade cessa également et l'audition de 0,25 cent. atteignit un mètre 0,03 cent. mais les premiers symptômes réapparaissaient rapidement dès que le tympan se portait de nouveau en dedans.

L'expérience déjà indiquée avec le diapason, pour savoir si le relachement du tympan est la cause des symptômes subjectifs, auquel cas l'indication est de tendre cette membrane, nous donna des résultats tout à fait positifs.

Le diapason mis en mouvement devant l'oreille fut mieux entendu pendant l'expérience de Valsava, tandis que placé sur le vertex il fut moins bien entendu qu'avant cette expérience et qu'au niveau de l'oreille.

Le 11 février, en présence d'un auditoire, j'enlevais, à l'aide du galvano-cautère, au niveau de la partie relâchée, un segment du tympan mesurant 2 millimètres de long et un de large.

La douleur fut très vive mais de courte durée ; le conduit fut ensuite légèrement fermé avec le tampon de Bruns et dans le cas où les douleurs se renouvelleraient on conseilla l'emploi de bandages réfrigérants derrière l'oreille.

12 février. — Les douleurs sont modérées, le bourdonnement a cessé, la malade croit entendre mieux qu'avant l'opération. La montre est perçue à 0,89 cent., la lacune

faite au tympan est très visible, les bords de la plaie ne sont pas enflammées.

16 février. — Pas de douleur, la malade entend des craquements dans son oreille, la montre est entendue à 0,53 cent. — La perforation est visible.

17 février. — Angine tonsillaire aiguë, la perforation est plus petite, il n'existe pas d'écoulement.

Dans le cours des mois suivants, la santé de la malade fut si satisfaisante qu'elle revenait seulement le 6 octobre 1881 à la clinique. L'examen révéla l'existence de cérumen dans l'oreille gauche, la perforation était cicatrisée.

Pendant Valsava, on ne voyait plus de trace du relâchement qui existait avant l'opération. La montre était entendue à 0,37 cent., c'est-à-dire que l'audition avait diminué d'une manière notable depuis que la perforation s'était cicatrisée; cependant, elle était toujours meilleure que l'audition constatée au moment où existait le relâchement du tympan.

La malade dit mieux entendre la parole, mais éprouver de temps à autre des craquements dans l'oreille. Comme elle est toujours atteinte d'un catarrhe de la muqueuse pharyngienne, il pourrait se faire qu'un léger catarrhe momentané de l'oreille moyenne, dont l'existence est cependant peu démontrée, fut la cause de ce dernier symptôme.

Comme médication, on conseilla l'emploi d'un gargarisme au borax additionné d'une faible quantité d'esprit de vin.

Inflammation de l'oreille moyenne. — D'une manière générale, nous avons adopté notre traitement habituel, déjà signalé dans nos rapports antérieurs. Nous nous sommes convaincu de plus en plus que dans les cas d'inflammation exsudative de l'oreille moyenne, la paracentèse n'est pas surtout indiquée en général pour laisser s'écouler une grande quantité de pus, mais qu'elle peut devenir encore plus urgente dans les cas où des sécrétions moins abondantes sont accumulées sur un seul point. La non observation de cette règle peut être très préjudiciable à l'organe de l'ouïe et ce n'est jamais la quan-

tité de l'exsudat qui nous a déterminé à opérer. Combien de fois, pour donner un exemple, des exsudats accumulés et enclavés au niveau de la partie postérieure du tympan ne pouvant être expulsés par la douche d'air, déterminent-ils une expansion anormale du tympan que l'on aurait pu éviter par un traitement actif, la paracentèse. Ce que dous avons dit de l'accumulation de l'exsudat au niveau du sillon du pli postérieur peut s'observer au niveau des différents point de la caisse à cause des nombreuses anfractuosités qui favorisent cette stagnation. Dans ces cas également l'opération sera indiquée.

Il est vrai que l'élimination d'une si petite quantité d'exsudat, même après la paracentèse, n'est pas facile à opérer par la douche, le courant d'air ne pouvant toujours l'atteindre convenablement; mais si l'on suit le conseil que nous avons donné il y a déjà plusieurs années, c'est-à-dire de faire des injections d'eau salée par la trompe avant, et s'il est nécessaire après la paracentèse, on ramollit les matières accumulées derrière le tympan et on les augmente ainsi de volume, ce qui permet de les éliminer par l'ouverture de l'incision ou les empêche de devenir nuisibles.

Dans plusieurs cas d'inflammation aiguë ou chronique de l'oreille moyenne nous fûmes obligé d'agrandir, à l'aide du myringotome, des perforations préexistantes qui occupaieut un point peu favorable à l'écoulement des secrétions ou qui étaient trop petites vu la consistance de ces dernières. Dans les cas d'inflammation purulente aiguë, nous avons eu fréquemment l'occasion de faire la paracentèse à cause de l'augmentation et de la persistance des douleurs, bien qu'il existât une petite perforation linéaire spontanée. Dès que cette dernière était agrandie et. que l'écoulement pouvait se faire, les douleurs diminuaient.

Dans les cas d'inflammation exsudative chronique et d'otorrhée, avec destruction plus considérable du tympan, nous avons employé l'acide borique en poudre, mais nous avons toujours joint à ce procédé l'emploi d'acide borique liquide injecté par la trompe d'Eustache. Comme nous l'avons déjà fait observer, cette méthode de traitement combinée, est bien supérieure à la simple application d'acide borique par le conduit auditif. Outre ce médica-

ment nous avons employé les préparations gélatineuses habituelles, et en particulier celles à l'iodoforme parfumé introduites dans le conduit et renouvelées plusieurs fois par jour quand il était nécessaire de le faire. Il faut avouer que ces préparations gélatineuses nous ont été très utiles dans les cas de carie et de nécrose. Plusieurs fois nous avons eu l'occasion de constater que l'introduction de ces bougies dans des trajets fistuleux situés au niveau de la région mastoïdienne, ont guéri les caries et nécroses de l'os, ou les abcès en suppuration. Il va sans dire que l'emploi de cette méthode fut toujours précédé d'un lavage des parties atteintes, on employait également la douche d'air par le procédé déjà indiqué. Chaque année nous arrivons de plus en plus à nous convaincre que la douche d'air est nécessaire non-seulement pour faire le diagnostic des maladies de l'oreille, mais qu'elle est le mode de traitement le plus simple et à l'exception de quelques cas dans lesquels l'on n'arrive à aucun résultat, ou de ceux dans lesquels une forte pression sur l'oreille moyenne est nécessaire, de toutes les méthodes connues, le procédé que nous avons indiqué est le plus simple, le plus commode, et le moins ennuyeux pour le malade. La douche d'air a non-seulement pris droit de cité dans le domaine de l'otiatrique, mais elle y est devenue absolument indispensable. Nous avons employé largement les modes de traitement que nous avons introduits dansla pratique à savoir, les injections de liquides médicamenteux dans les trompes d'Eustache sans se servir de cathéter. De plus, nous avons fait usage avec de bons résultats dans quelques cas, de la raréfaction systématique de l'air dans le conduit auditif, procédé que nous avons recommandé dans les cas d'inflammations exsudatives et d'otorrhée. Ainsi que nous l'avions déjà constaté dans notrepremier essai, ce mode de traitement convient surtout dans le cas de perforation de la portion flaccide du tympan. Le plus souvent nous fîmes l'ablation des polypes à l'aide du serre-nœud modifié. Les petits polypes et les pédicules furent enlevés à l'aide de la curette. A cet effet, nous avons fait construire des instruments de forme et de grandeur variées qui s'adaptent à un manche contenu dans la boîte de maladies d'oreille. Ce mode de

traitement est plus rapide que les procédés habituels. Après l'opération nous fîmes usage d'acide borique en poudre ou de préparations gélatineuses à l'iodoforme.

Dans un cas d'inflammation purulente de l'oreille moyenne avec destruction du tympan et formation de polypes sur les parois de la caisse, affection qui durait depuis plusieurs années, l'extirpation des masses polypeuses avec les curettes et l'emploi de l'acide borique suffirent pour faire disparaître en quatre-vingt heures l'otorrhée considérable préexistante.

Dans les cas d'otites moyennes hypertrophiques on n'employa que la douche d'air, notre but étant de conserver la perméabilité des trompes et de rendre aux articulations des osselets leur mobilité compromise par l'augmentation du tissu muqueux ou des néoformations.

Dans la sténose avancée des trompes, l'on employa les bougies de laminaria.

Dans tous les cas de développement exagéré du pli postérieur, et lorsque ce dernier occupait tout le segment postéro-inférieur du tympan, on fit une incision verticale ou parallèle, ainsi que nous l'avons déjà recommandé, cette dernière étant surtout employée lorsque la lésion était accompagnée d'une diminution du segment postérieur.

Nous devons mentionner les quelques cas suivants :

I. — Anna Klanitza, âgée de quarante-trois ans, sage-femme, entendait mal depuis 1876 après la fièvre typhoïde dit-elle ? et éprouvait des bourdonnements des deux côtés. Elle était depuis déjà deux ans en traitement, le diagnostic fut : Otite moyenne hypertrophique bilatérale.

Après l'emploi de la douche d'air, répétée tous les jours pendant quelques semaines, elle éprouva une légère amélioration. La montre est entendue à droite à 3 centimètres, à gauche, 0. Les bourdonnements sont violents surtout du côté gauche, lorsque le conduit droit est fermé la malade n'entend que la voix parlée très haute à gauche.

Les conduits sont normaux ; les tympans sont atrophiés

à un très haut degré et le manche du marteau est porté en arrière, de telle sorte que le segment postérieur du tympan gauche semble réduit à 2 millimètres de surface (mesurés du bord du conduit au marteau).

Sur ce segment, le pli postérieur est très développé, son aspect est terne. Après la douche d'air cette portion du tympan s'aggrandit un peu pour un instant, et reprend ensuite sa position première dès que la pression de l'air a diminuée. Comme on pouvait le voir, l'augmentation de surface était produite par la saillie des parties du tympan situées en avant et en arrière du pli.

Après la douche d'air, l'audition à la montre reste la même bien que la malade trouve son oreille plus légère. Le diapason mis en vibration sur le vertex est mieux entendu aussi bien avant qu'après la douche, du côté gauche.

Du côté droit existait également, mais à un degré moindre, une diminution de la surface postérieure du tympan; outre une sténose modérée des trompes que faisait reconnaître l'auscultation, on n'observait aucune autre lésion de l'oreille moyenne.

Vu les symptômes mentionnés et ce que nous avons déjà dit de l'incision parallèle du pli postérieur, on pratiqua cette opération le 1er mars en la faisant suivre d'une injection d'eau salée par la trompe. L'incision ne fut pas douloureuse et l'écoulement de sang à peine marqué.

La malade prétendit entendre beaucoup mieux après l'opération, mais on ne constata cependant pas d'amélioration.

Le lendemain pas de douleur, le bourdonnement a cessé à gauche ; la partie postérieure du tympan est un peu rouge et le manche du marteau est revenu à sa position normale ; la plaie est béante. Les douches d'air furent continuées jusqu'au 8 mars, et pendant ce temps les symptômes ne se modifièrent pas. Ce jour-là, la malade entend mieux la voix, mais elle prétend éprouver un bourdonnement du côté gauche, surtout lorsqu'elle est couchée; l'état de l'oreille gauche est plus supportable, dit-elle.

La plaie fut guérie le 30 mars à l'aide d'un tissu de nouvelle formation. L'audition à la voix s'est améliorée d'une manière notable, le bourdonnement a cessé, la montre placée sur l'oreille gauche n'est pas entendue.

En somme, résultat satisfaisant.

II. — Laurence Beigl., âgé de trente-huit ans, employé à la poste, entend difficilement depuis l'année 1879. Bourdonnements périodiques des deux côtés. Il y a un an, son état s'était presque subitement aggravé; un traitement de plusieurs semaines, par la douche, fait par un médecin auriste de la ville, n'eût aucun effet.

L'audition à la montre est nulle des deux côtés. Le diapason placé sur le vertex est mieux entendu à droite.

Les tympans sont, des deux côtés, fortement déprimés.

Du côté droit, le segment postérieur du tympan est très petit, les plis postérieurs sont très développés des deux côtés s'étendant sur toute la partie postérieure de la membrane.

Les deux trompes sont rétrécies.

Après la douche d'air, l'audition reste la même. Le diagnostic fut :

Otite moyenne hypertrophique bilatérale, conséquence d'une affection labyrinthique double.

Le 2 novembre fut faite l'incision parallèle du pli postérieur du côté droit. Aussitôt après l'opération le malade prétend entendre mieux la voix et le tic-tac de la montre est perçu au contact; le 3 novembre il n'existe pas de bourdonnement, le tympan est moins déprimé; douche d'air jusqu'au 7 du même mois. Il n'existe pas de douleur, le malade n'entend pas la montre, cet état persiste jusqu'au 11 novembre. Alors le malade prétend alors avoir entendu, pendant la nuit, une montre placée près de son lit. En effet, il entend le tic-tac au contact sur le pavillon et l'apophyse mastoïde. L'amélioration persista après la cicatrisation de la plaie.

III. — De Muche âgée de 48 ans, mariée originaire de Gallicie, disait avoir eu depuis ces dernières années une diminution notable de l'ouïe, elle se plaignait surtout d'un bourdonnement continuel occupant toute la tête. Pas d'autres renseignements.

L'examen des organes de l'ouïe permettent de reconnaître l'existence d'une otite moyenne hypertrophique bilatérale. Les tympans sont ternes sur leurs bords, déprimés. Les plis postérieurs très saillants s'étendent horizontalement de l'apopyse externe ou bord postérieur du conduit, le segment postérieur du tympan n'est pas très diminué. Les trompes sont libres, l'auscultation révèle un bruit rugueux et sonore.

L'audition à la montre est nulle des deux côtés ; la malade n'entend que la voix parlée haute et près de l'oreille.

Après différents traitements et surtout l'emploi de la douche d'air avec injections médicamenteuses, n'ayant obtenu aucun résultat et la malade suppliant de la débarrasser de son bourdonnement, on fit une incision verticale du pli postérieur du côté gauche, le 4 novembre.

Immédiatement après l'opération, la malade s'évanouit un peu, bien que la douleur n'ait pas été très vive; à son réveil, le bourdonnement avait disparu du côté opéré. Ouate dans le conduit, compresses froides en cas de douleur.

5 novembre. Pas de bourdonnement à gauche, la malade dit entendre mieux ; la l'examen à montre n'indique cependant aucune amélioration.

Les jours suivants on employa la douche d'air et la plaie se cicatrisa, le tympan reprit un peu sa position normale.

Le 28 novembre, l'état de la malade était toujours le même; le bourdonnement persistait du côté droit et la malade insistait pour être opérée de ce côté. La plicotomie fut également pratiquée à droite et aussitôt après l'opération, le bourdonnement cessa également pour ne pas revenir les jours suivants. L'audition resta toujours la même et cependant la malade prétendait entendre mieux et se sentir comme de nouveau ranimée. Au commencement de décembre, la plaie était également cicatrisée.

Malheureusement cette guérison ne se maintint pas, car, 15 jours après, la malade se plaignit d'un nouveau bourdonnement, moins fort toutefois que le premier.

A l'examen, pratiqué à la fin de décembre, on put constater que les tympans étaient moins déprimés qu'avant l'opération et que les plis postérieurs étaient moins prononcés.

IV. — Jean Greul, 48 ans, charron, de Nuszdorf, est atteint depuis plusieurs années d'un coryza. Depuis un an son ouïe s'est affaiblie du côté gauche et il éprouve un bourdonnement continuel très ennuyeux de ce côté. On emploie divers médicaments sans obtenir de résultat.

Le 9 novembre l'audition à la montre est la suivante :

Côté droit. — 0,09 cent.
Côté gauche. — Appuyée contre le pavillon.

A l'examen, on constate l'existence d'une otite moyenne catarrhale double, conséquence d'un catarrhe naso-pharyngien. La muqueuse des trompes est épaissie, les deux tympans sont un peu ternes, très déprimés, le pli postérieur très saillant s'étend sur le segment gauche du tympan. Le tympan est, en général, d'une coloration gris clair et un peu rosé, on ne constate de décoloration jaunâtre qu'au niveau des plis, coloration qui persiste après la douche d'air. On pensa qu'il existait une sécrétion catarrhale épaissie. La douche d'air n'ayant eu aucun effet, nous fîmes une incision parallèle au niveau du pli postérieur du tympan d'après les règles déjà signalées plus haut; aussitôt après, on fit par la trompe une injection d'eau salée (2 p. 100). Après l'opération, le tympan est un peu plus porté en dehors, la plaie saigne à peine, le bourdonnement a disparu, mais l'audition reste la même.

Le lendemain (11 novembre), la plaie est recouverte d'exsudat, le bourdonnement a reparu, il n'existe pas de douleur. Douche d'air, injection d'eau salée.

14 novembre. — Pas de douleur, pas de symptômes d'inflammation au niveau du tympan, le bourdonnement a diminué, audition à la montre : contact.

16 novembre. — Le malade entend la montre au niveau de l'apophyse mastoïde.

18 novembre. — Audition à la montre, 0,02 cent. Diminution du bourdonnement.

19 novembre. — Peu de bourdonnements, l'audition est la même, la plaie du tympan est cicatrisée, le malade est satisfait du résultat obtenu.

La raréfaction méthodique de l'air dans le conduit auditif externe nous a rendu de grands services dans bien des cas où la perte de l'ouïe et les vertiges étaient dûs à une exagération de la pression intra-labyrinthique produite par une dépression trop prononcée de la platine de l'étrier qui était cependant encore mobile, ou bien dans les cas où ces phénomènes étaient le résultat d'un état congestif. Quelquefois, les bourdonnements cessèrent complètement après l'emploi de ce procédé et d'autrefois, on obtint une amélioration passagère de ces symptômes ennuyeux; dans ces cas, on recommandait

au malade de se faire lui-même la raréfaction de l'air avec l'appareil déjà décrit.

Chez une femme âgée de quarante-cinq ans, tourmentée depuis longtemps par une otite moyenne hypertrophique et des bourdonnements continuels des deux côtés, on obtint par cette méthode non-seulement la disparition du bourdonnement, mais une amélioration de l'ouïe du côté gauche, et elle entend aujourd'hui la montre à 5 cent. au lieu du contact. Du côté droit, l'audition ne s'améliora point, mais le bourdonnement disparut également de ce côté.

Bourdonnements nerveux. — Neuf fois nous observâmes des soi-disant bourdonnements nerveux sans altération pathologique de l'oreille. Dans la plupart des cas la cause était l'anémie, des troubles circulatoires et une fois l'emploi antérieur de sulfate de quinine. Dans les cas d'anémie, on ordonna le traitement habituel et l'affection guérit en général Dans quelques cas nous avons fait usage de la condensation et de raréfaction méthodique de l'air dans le conduit auditif externe, et nous avons pu nous convaincre que ce procédé fait au moins diminuer momentanément les bourdonnements. Le fait suivant nous a paru particulièrement intéressant :

Sophie Rothhelf, âgée de dix-sept ans, vient de Gallicie, pour nous consulter. La malade bien développée pour son âge, et d'ailleurs bien portante, dit avoir eu il y a dix ans une otorrhée bilatérale ayant persisté pendant une année, depuis cette époque elle entend difficilement et éprouve un bruit de souffle, continuel dans l'oreille droite et périodique à gauche. Dans le courant de l'hiver dernier elle ressentit du côté droit des battements qui avaient toujours persisté depuis cette époque. Lorsque ce bruit cesse pendant quelques secondes, il lui semble avoir « quelque chose » dans l'oreille.

La montre est entendue à droite à 0, 14 cent., et à gauche à 0,08 cent. Elle entend très distinctement la conversation ordinaire, à tel point que les personnes de son entourage ne la croient pas atteinte de surdité. La malade raconte qu'elle ressent de temps à autre des craquements dans ses oreilles; comme l'on peut en général entendre ce bruit particulier, nous avons essayé de le percevoir à l'aide de l'otoscope

et il nous fut en effet facile de l'entendre avec ou même sans cet instrument, contrôlant ainsi le dire de la malade. Non seulement on pouvait percevoir le craquement mais nous étions aussi à même de déterminer le nombre de coups que la malade entendait dans son oreille.

L'on sait que dans bien des cas ces bruits sont le résultat de la contraction clonique des muscles du pharynx, la lèvre antérieure de la trompe s'éloignant de la paroi postérieure, et produisant ce bruit particulier; nous avons donc examiné le voile du palais et nous avons pu constater à l'œil nu ces contractions musculaires.

Chaque mouvement du voile du palais était accompagné d'un craquement dans l'oreille; lorsque les muscles se contractaient rapidement, le rhythme du bruit était accéléré et *vice versa*. Il était facile de constater directement, sur une cicatrice du tympan droit, que la trompe d'Eustache étant ouverte, la pression de l'air dans la caisse variait à chaque instant, car, pendant le craquement, la cicatrice se portait tantôt contre la paroi antérieure de la caisse et tantôt vers le conduit auditif, suivant la quantité d'air contenue dans la caisse.

Le résultat obtenu par la douche d'air, faite à l'aide du cathéter, nous permit de constater que l'éloignement de la paroi membraneuse de la trompe de sa paroi cartilagineuse, par le fait de la contraction musculaire, était réellement la cause du craquement. En effet, après la douche d'air le bruit disparaissait pendant quelque temps.

L'examen objectif révéla l'existence d'un gonflement et d'un peu de rougeur au niveau de la muqueuse de l'orifice des trompes, sans exsudation du côté de l'oreille moyenne. La tuméfaction notable des orifices des trompes empêchait l'air de pénétrer dans les oreilles par notre procédé.

Bien que nous fussions à même d'expliquer les autres symptômes éprouvés par la malade, nous devions encore chercher une autre cause pour expliquer ce craquement rhythmique. La malade étant exempte de toute autre affection, nous devions songer à une altération nerveuse. Car nous avons eu l'occasion d'observer dans des cas de catarrhe chronique, que des bruits perçus objectivement au moment de contractions musculaires visibles dans la bouche, pouvaient exister sans aucune lésion apparente.

Vu les expériences que nous avons faites dans des cas analogues, ce fait était remarquable par la résistance qu'il opposa à tous nos essais thérapeutiques.

Nous avons employé d'abord le traitement habituel anticatarrhal (gargarismes, douche d'air), mais comme nous l'avons déjà dit plus haut, après l'application du cathéter le craquement cessait pendant quelques minutes pour reprendre ensuite son rhythme habituel. Du reste, lorsque l'on ne percevait plus les craquements, les contractions musculaires du voile du palais persistaient, fait que nous nous sommes expliqué de la manière suivante : Les parois de la trompe d'Eustache n'étant pas accolées au moment où se produisait la contraction, cette dernière ne pouvait produire le décollement, et par conséquent le bruit habituel.

On continua le traitement pendant quatre semaines avec un jour de repos entre chaque séance, après ce laps de temps la malade n'entendait plus de battements, et les contractions n'étaient plus pénibles au pharynx, mais le succès fut de courte durée, car quatre-vingts heures après, la malade revint se plaindre de son ancienne maladie et les contractions du voile palatin étaient de nouveau visibles. Dans le cours des mois suivants on essaya de plusieurs méthodes de traitement, on injecta des solutions de zinc par la trompe qui firent cesser aussi momentanément le craquement.

Plusieurs fois on fit des attouchements sur la muqueuse du pharynx avec le nitrate d'argent, on essaya également l'électricité et le bromure de potassium pendant quelques temps, mais on n'obtint aucun résultat.

La malade fut enfin renvoyée on l'engagea à prendre du fer et dans le cas ou l'affection existerait encore quelques mois après, on lui conseilla de revenir.

L'on ne saurait penser que dans le cas précédent nous ayons eu à faire à un catarrhe ordinaire de la muqueuse, mais nous serions plutôt disposé à considérer le gonflement et la rougeur opiniâtres des trompes comme un trouble vaso-moteur, ayant son point de départ dans une affection nerveuse supposée.

Surdi-mutité. — Parmi les 36 individus présentés comme sourds-muets, 11 d'entre eux (6 hommes et

5 femmes) avaient une affection congénitale, chez les autres la cause de l'affection fut :

La méningite...........	10 fois.
La Rougeole............	3 »
La fièvre typhoïde......	3 »
La scarlatine...........	1 »
La variole..............	1 »
L'éclampsie....	1 »
La diphtérie	1 »
Chute sur la tête...... .	1 »

Chez deux malades la cause resta inconnue.

Dans un cas de surdi-mutité congénitale, soit 1 sur 11, les parents étaient consanguins, cousins germains ; dans 3 cas existait un catarrhe purulent de l'oreille moyenne qui disparut à la suite du traitement.

Prof. Gruber.

Revue Bibliographique.

Manuel pratique des maladies de l'oreille.

Par le Dr Guerder (1).

Ce manuel a été spécialement écrit pour le médecin praticien qui y trouvera résumées les notions positives que nous possédons actuellement sur la pathologie de l'oreille.

Dans la première partie, l'auteur passe en revue l'anatomie et la pathologie de l'oreille externe et de l'oreille moyenne, en insistant surtout sur les rapports de ces diverses parties avec les organes du voisinage qui peuvent être atteints par la marche de l'affection auriculaire. Pour l'auteur la caisse de l'oreille moyenne du nouveau né qui n'a pas respiré ne présente qu'une cavité virtuelle remplie par une masse gélatineuse. Nous ne partageons pas entièrement l'idée de M. Guerder sur ce sujet, et nous croyons que l'on a voulu en faire, mais à tort, un signe de médecine légale.

L'anatomie de l'oreille interne est passée sous silence,

(1) Doin, édit. 1883.

cependant l'auteur eut pu la résumer brièvement, sans pour cela se départir de son principe de vulgariser l'étude des maladies auriculaires.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étiologie générale. Tour à tour y est étudié l'action du froid et les violences extérieures, de l'âge, du sexe, des professions, des maladies générales (scarlatine, variole, fièvre typhoïde, diphthérie, méningite cérébro-spinale, syphilis, etc.). Dans la rougeole, dit l'auteur, le catarrhe de la trompe et de la caisse est très fréquent; ce n'est qu'exceptionnellement qu'il prend la forme purulente.

L'exploration de l'oreille forme le troisième chapitre : en quelques mots, M. Guerder enseigne le mode d'emploi du spéculum, de la lumière, du réflecteur, du spéculum pneumatique et les procédés servent à faire passer l'air dans l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache; puis il étudie l'exploration de la fonction auditive au moyen de la montre, de la voix et du diapason.

Le quatrième chapitre traite de la thérapeutique générale (émissions sanguines locales, scarification du conduit, nettoyage de l'oreille, instillations, insufflations, révulsifs et caustiques.

Il nous est impossible de résumer la deuxième partie de ce manuel, car il nous faudrait citer les diverses affections qui atteignent l'oreille. Signalons cependant la description de l'hématome que l'auteur considère avec raison comme résultant tantôt d'une violence extérieure, tantôt d'une prédisposition particulière, celle de l'otite externe, qui peut se présenter sous diverses formes, syphilitique, diphtéritique, desquamative ou parasitaire, celle des corps étrangers que l'auteur divise en amas cerumineux et épidermiques, en corps vivants, animaux végétaux et minéraux; dans ceux-ci, il groupe les corps végétaux durs. M. Guerder s'attache à démontrer que les affections de la cavité naso-pharyngienne occasionnent fréquemment des maladies de l'oreille. Dans les affections chroniques de la caisse, l'auteur ne fait peut-être pas assez ressortir la différence entre le catarrhe chronique sec (Sclérose) et le catarrhe chronique humide.

Il montre les complications fréquentes des suppurations de l'oreille, et il insiste sur le traitement de l'otorrhée.

Aux maladies de l'oreille interne, il ne cite que l'hyperé-

mie, la commotion, l'inflammation et la syphilis du labyrinthe. Quant à la maladie de Menière, il n'en fait qu'un ensemble de symptômes qui peuvent avoir diverses causes (maladies de l'oreille moyenne, affection primitive du labyrinthe et affection des centres nerveux).

Dans la troisième partie, l'auteur traite de la surdité partielle, de la surdi-mutité, de l'hygiène et de la prothèse.

Après avoir parlé en quelques mots du développement de l'ouïe et de la parole chez l'enfant, M. Guerder rappelle que la surdité est fréquente dans le jeune âge; aussi engage-t-il à s'occuper spécialement des enfants atteints du surdité partielle et à créer pour eux des établissements spéciaux où les soins médicaux seraient donnés aux enfants en même temps qu'ils y recevraient l'instruction.

Rappelant les causes de la surdi-mutité, le plus souvent acquise, il insiste pour que les médecins s'occupent des maladies de l'oreille plus qu'ils ne l'ont fait jusqu'ici; le nombre des enfants sourds diminuerait considérablement.

M. Guerder met sous les yeux les principales règles d'hygiène par rapport au froid, au bain, et il engage à ne pas laisser aux bijoutiers le soin de pratiquer la perforation du lobule, à ne pas laisser les enfants respirer par la bouche, à porter un tampon de ouate peu serré dans le cas de perforation du tympan, à faire par semaine une ou deux injections au choral ou à l'acide phénique lorsque la suppuration de l'oreille sera tarie. Quant aux malades atteints de catarrhe chronique de la caisse, il leur conseille le séjour à la campagne, et l'emploi des dérivatifs et des frictions sur le corps.

L'auteur termine son ouvrage en recommandant aux sourds l'emploi des tubes acoustiques.

Tel est le résumé de ce manuel dont nous engageons vivement la lecture, car malgré les légères critiques que nous lui adressons, M. Guerder n'en a pas moins fait un livre appelé à un grand succès surtout auprès des médecins praticiens.

Le spécialiste y rencontrera aussi un tableau succint et bien fait des diverses parties de l'oreille.

J. Baratoux.

Considérations cliniques sur le régime diététique à l'état pathologique (*Sul regimo dictetico nello stato patologico, considérazioni clinickle.*)

Par le docteur Pietro MASUCCI.

Spécialiste des maladies du nez, de la gorge et de l'appareil respiratoire (1).

Il paraîtra étrange, dit le docteur Masucci, que nous qui, depuis longues années, nous sommes spécialement occupés d'affection du larynx et du nez, nous venions maintenant parler d'observations qui, à première vue, paraissent étrangères à notre spécialité. Cependant, pour peu que l'on considère les affections auxquelles l'organe de la voix est souvent exposé, on verra que les maladies des bronches et des poumons s'étendent quelquefois jusqu'au larynx et jusqu'au pharynx par le seul fait de la contiguité des tissus qui s'étendent jusqu'à l'œsophage.

Aussi, l'on peut songer que si, comme laryngoscopiste, nous devons soigner cette affection jusque dans l'appareil respiratoire; il ne faut pas négliger ce qui tient au canal alimentaire, et il est bien évident que l'on doit s'occuper de la diététique dans les cas morbides.

La place nous manque pour suivre l'auteur dans toutes ses considérations, mais nous engageons vivement le lecteur à lire cette intéressante brochure marquée au coin d'un esprit observateur et consciencieux. Pour conclure, dit-il, nous dirons que personne ne voudra penser que l'alimentation doive être la même à l'état pathologique et dans l'état de force et de santé. Quant à l'opportunité de la médication, elle doit être basée sur l'assimilation et sur l'idiosyncrasie du sujet et d'après l'aphorisme d'Hippocrate « senes facillime jejunum ferunt ; victus humidus febricitantibus omnibus confert, maxime vero pueris et aliis tali victu uti consuetis. » Le vieillard de Coos savait bien aussi que d'après l'état des muqueuses, il pouvait établir la qualité du suc gastrique et la manière dont se faisait l'assimilation dans l'estomac.

« Victus calidi robusti, frigidi vero debiles. »

Prof. A. R.

(1) Extrait du *Journal international des sciences médicales*. Enrico Detken, édit. Naples.

Contribution à l'étude de la crête auditive chez les vertébrés.

par le Dr G. Ferré (1).

Depuis plusieurs années, l'attention des anatomistes et des otologistes s'est portée vers l'étude histologique du limaçon. Si de grands progrès ont été réalisés jusqu'à ce jour dans cette étude si difficile, je dirai même la plus difficile du corps humain, si de nombreuses découvertes destinées à jeter un jour nouveau sur cette question et à expliquer le fonctionnement de ces diverses parties ont été faites, c'est grâce à l'activité d'une nombreuse pléiade de chercheurs qui, en grande partie, appartiennent aux Universités allemandes. Cependant un certain nombre de savants tels que Corti, Grimm, Pritchard, Minot, doivent figurer sur la liste déjà longue des auteurs qui ont porté leurs études de ce côté; quelques Français ont aussi contribué pour leur part à l'édifice commun. Aussi serions-nous heureux de voir figurer leurs noms auprès des étrangers, surtout lorsque ce sont nos compatriotes qui traitent ce sujet. C'est le reproche général que nous adresserons à la thèse de M. Ferré.

Dans un premier chapitre, l'auteur traite des principaux procédés de préparation.

Il est bon de faire des coupes épaisses avec la scie pour étudier microscopiquement la crête auditive. On fait une section transversale du crâne en avant des conduits auditifs externes et une section antéro-postérieure de la ligne médiane après avoir mis au jour les cellules mastoïdiennes. On injecte alors par la fenêtre ronde une solution de gélatine phéniquée qui maintient en place les parois muqueuses du labyrinthe. On fait alors des coupes à 3 ou 4 millim. environ les unes des autres parallèlement à la face postérieure du rocher de manière à avoir des crêtes auditives entières.

Mais si l'on veut étudier la structure intime des crêtes, surtout celle de la cupule terminale, il faut faire des coupes minces après fixation des éléments, décalcification et durcissement de la préparation. Fixation par A. osmique ; coloration par picro-carminate d'amoniaque, hématoxyline fuchsine, et bleu d'aniline, décalcification par A. chromique à 25 ou 50 °/o ou solution saturée du A. picrique; durcissement par

(1) Thèse, Bordeaux 1882.

gomme et alcool. Du reste nous avons nous-mêmes donné la technique de tous ces procédés dans le traité du Dr Latteux. (1)

Le chapitre II est consacré à la structure comparée de la crête auditive.

L'on sait que ces crêtes sont situées dans les orifices ampullaires des canaux demi-circulaires. Elles sont convexes chez les poissons, les reptiles, les oiseaux et les mammifères, concaves chez les batraciens; chez les mammifères, elles sont disposées en forme de croix.

Chacune des crêtes est formée par une *couche de tissu conjonctif* saillante au-dessus de laquelle est une *membrane propre*, puis une *basement-membrane* soutenant l'*épithélium* et un organe cuticulaire, la *cupule terminale*.

L'auteur étudie spécialement la couche épithéliale et la cupule terminale.

La couche épithéliale se divise elle-même en deux couches : une couche profonde formée d'*éléments nucléaires* que Max Schultze a découverts et appelés *cellules basales*; Hasse leur a donné le nom de cellules en forme de dents; Meyer, celui de cellules nucléaires, et Ebner, celui de cellules de la basement-membrane. Entre elles est le plexus nerveux formé par les filets allant aux cellules de la couche supérieure. Les cellules nucléaires ne sont anastomosées ni avec l'épithélium nerveux, ni avec les nerfs. Ce sont des cellules de soutien; elles ont un corps cellulaire mince et un noyau très volumineux.

Les cellules de la couche supérieure sont de deux sortes : cylindriques et fusiformes.

Les premières ont été découvertes par Leydig. Reich, Max-Schultze, Kolliker et Odénius les ont décrites tour à tour chez les divers animaux ainsi que chez l'homme. Pour ces auteurs, ces cellules se termineraient brusquement au niveau de leurs extrémités supérieures et inférieures, ce seraient des cellules de support; mais Pritchard chez le chien et le chat, Kühn sur les poissons osseux, Retzius chez les téléostéens et Meyer chez les reptiles et les oiseaux, ont vu qu'il existait des prolongements à chaque extrémité de ces cellules. Nous avons étudié nous-mêmes ces parties chez le chat, le chien, le lapin et le cobaye, et nous en avons donné un court résumé

(1) Latteux. — *Manuel technique d'histologie pratique.* 1882. Chez. Coccoz et Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, Paris.

dans notre thèse inaugurale (1). Nous sommes étonnés de ne pas voir nos recherches mentionnées par un auteur français, d'autant plus que la liste de nos compatriotes qui se sont occupés de ce sujet est bien courte. Après nous, M. Coyne, a vu une pareille disposition chez les mammifères.

C'est à ces cellules que Pritchard avait donné le nom de *cellules en brosse*, car à leur partie supérieure elles se terminent par une série de cils courts. De leur extrémité inférieure part un prolongement filiforme qui n'est autre qu'un filament nerveux. Ce sont ces cellules que nous avons appelés *cellules sensorielles*.

Les cellules fusiformes ont été découvertes par Schultze, c'est Odénius qui les a découvertes chez l'homme. Hasse, Grimm, n'admettent pas leur existence, contrairement à Rudinger, à Ebner, à Meyer, à Pritchard et à Kühn. Nous les avons constatées ainsi que M. Coyne. C'est à celles que Pritchard a donné le nom de *cellules en épine*. Leur corps est cellulaire; il renferme un gros noyau et a deux prolongements. Leur partie inférieure se continue avec des filets nerveux qui sont directs ou dégagés du plexus nerveux, placé entre les cellules mucléaires.

Rudinger croit que les filets nerveux des cellules fusiformes sont en rapport avec les filets du plexus nerveux ; il ajoute même que le filet nerveux se prolongerait dans le filament supérieur de la cellule. Les cellules fusiformes seraient donc des cellules nerveuses. C'est à cette opinion que se rattachent Hasse, Waldeyer, Meyer et Kühn.

Pritchard et Coyne pensent que ce filament se perd dans la cupule terminale. Pour nous qui regardons ces cellules comme des *cellules de soutènement*, nous ne voyons dans le prolongement inférieur qu'une sorte de pied nullement en rapport avec les filaments nerveux. C'est dans leur partie supérieure concave que vient se mettre la cellule cylindrique et leur prolongement supérieur non nerveux vient soutenir la cupule terminale. Nous différons donc d'opinion avec la plus grande partie des auteurs qui admettent que le prolongement s périeur de la cellule fusiforme irait se terminer au-dessus de l'épithélium, par des poils volumineux, rigides, prolon-

(1) Baratoux. *Pathogénie des affections de l'oreille, éclairée par l'étude expérimentale*. A. Delahaye et E. Lecrosnier, Paris 1881.

gement du filament nerveux. Ces poils auditifs traversent la membrane tectoriale et vont se terminer dans la cupule terminale.

Le troisième et dernier chapitre est consacré à l'étude de la *cupule terminale.*

Cette cupule située au-dessus de la crête auditive a été découverte en 1863 par Lang, qui lui donna ce nom. Pour cet auteur, les poils auditifs n'étaient que les restes de la membrane terminale réduits à cet aspect par les réactifs employés ; il niait ainsi l'existence de ces poils décrits par Reich et Max Schultze. Mais bientôt on ne tarda pas à connaître ses véritables rapports, grâce aux recherches de Rudinger, Meyer et Kühn, qui l'étudièrent chez divers vertébrés inférieurs, Hasse chez l'embryon des vertébrés et Coyne chez de jeunes chats et de jeunes chiens (1).

Cette cupule est claire et transparente à l'état frais, et striée par l'action de l'acide osmique.

Chez les vertébrés inférieurs, la cupule est cruciforme dans les ampoules verticales, transversale dans l'ampoule horizontale; chez les mammifères elle est toujours cruciforme.

Sa face supérieure convexe fait saillie dans l'ampoule et est baignée par l'endolymphe. Sa face inférieure concave est en rapport avec la crête auditive, elle se laisse déprimer par les cils des cellules. Cette face inférieure est séparée des cellules par une membrane amorphe, *membrane tectoriale* que traversent les poils.

D'après Retzius, Kuhn et Rudinger, une troisième membrane recouvrirait la cupule terminale.

Lang, Retzius, Rudinger, etc., etc., ont dit qu'elle avait une structure fibrillaire; mais Hasse n'admet pas la striation primitive de la membrane; pour lui, cette striation serait due à des dépôts successifs de couches de substance articulaire.

Pour la plupart des auteurs la striation est perpendiculaire ou oblique à la surface de la crête auditive.

(1) L'auteur se demande s'il est le premier avec M. Coyne à décrire la cupule terminale des mammifères jeunes. Cependant, à la page 22 du travail de M. Meyer qu'il cite fréquemment, se trouve la note des travaux de Hasse à ce sujet; et ce dernier auteur a donné la description de la cupule terminale de l'embryon dans « *Die Vergleichende Morphologie, etc.,* p. 77. C'est pour cela que nous attribuons cette découverte à M. Hasse et non à MM. Coyne et Ferré.

Quant à la nature de cette substance, la question n'est pas encore tranchée. L'auteur admet qu'elle est formée de substance grenue dans laquelle plongeraient des fibres obscures, les poils auditifs se termineraient dans cette cupule en se confondant avec elle, opinion déjà admise par Meyer et Kicher. Il rejette l'opinion de Hasse qui dit que chaque poil est contenu dans une cavité creusée dans la cupule et il n'admet pas non plus que la cupule soit une agglomération de poils.

Cette cupule persiste-t-elle à l'état adulte? on l'a vue chez tous les vertébrés excepté chez les mammifères où personne encore ne l'a signalée jusqu'à ce jour. Nous nous permettrons de regretter que les rapports des otolithes avec la cupule terminale ne soient pas signalés.

L'auteur expose ensuite le rôle physiologique des diverses parties de la crête auditive. Regardant les cellules fusiformes comme des organes de soutien, il leur donne le rôle de supporter la cupule terminale qui, grâce à eux, s'abaisserait plus ou moins sur la crête auditive et viendrait s'appuyer plus ou moins sur les cils vibratiles des cellules cylindriques que nous avons appelées cellules sensorielles; c'est-à-dire, seules destinées à percevoir les vibrations, rôle que j'avais, du reste, décrit pour chacun des éléments du canal de Corti (*Loc. cit.*).

Enfin, peut-être, M. Ferré, est-il trop affirmatif pour ce qui est des cellules fusiformes qu'il regarde comme des cellules de soutien dans la partie physiologique de sa thèse, puisque dans la partie anatomique, il admet l'opinion de MM. Pritchard et Coyne. Or, ce dernier auteur dit que « les cellules fusiformes et les cils rigides seraient en continuité directe avec les fibrilles nerveuses terminales » (1), aussi, M. Ferré devrait-il regarder les cellules fusiformes comme des cellules sensorielles et non comme des cellules de soutien.

L'auteur termine son travail par des considérations d'analogie entre la cupule terminale et la membrane de Corti.

En résumé, malgré les quelques lacunes que nous avons signalées, le travail de M. Ferré est évidemment une œuvre sérieuse qui résume parfaitement l'état actuel de nos connaissances sur la crête auditive chez les vertébrés, sujet toujours délicat et difficile à approfondir.

J. B.

(1) Art. *Oreille*, in Dict. de Dechambre, p. 77.

Revue de la Presse

Cicatrices de la cavité rétro-nasale formant une membrane. *(Uber membranförmige Narben im oberen Pharynxraume).* — Par le professeur SCHRÖTTER, de Vienne. — Schrötter a décrit depuis quelque temps déjà les cicatrices pour la plupart d'origine syphilitique ou appartenant à l'état morbide, que Stoeck appelle : « blennorrhée chronique de la muqueuse du nez, du pharynx et du larynx ou provenant simplement d'une inflammation de la muqueuse ou des tissus sous-muqueux; cicatrices qui, partant circulairement des parois du larynx et de la trachée, forment des sténoses concentriques ; il en est de même de celles qui se trouvent dans la partie supérieure du pharynx, et le mérite de Schrötter consiste à avoir introduit dans la pratique, les sondes en caoutchouc durci destinées à maintenir ces sténoses ouvertes après avoir obtenu leur dilatation par un procédé opératoire quelconque. Pour compléter les observations de ce genre, l'auteur donne la description de six cas, où la cavité rétro-nasale était atteinte de la même affection, produisant de graves désordres de la déglutition, de la respiration, de l'ouïe et de l'odorat. Il exclut de ces observations les cas ordinaires de cicatrices syphilitiques rayonnantes se trouvant sur la paroi postérieure du pharynx ou celles qui relient les parois latérales, surtout les piliers, à la paroi postérieure.

Il s'agit simplement des cicatrices concentriques formant au niveau de la cavité rétro-nasale un espèce de diaphragme obstruant en partie ou tout à fait cette dernière. Tous les degrés sont représentés dans ces six cas.

Le premier, le plus intéressant, est aussi le plus grave. C'est un malade de trente-deux ans, très intelligent mais qui offre une physionomie presque stupide ; bouche béante, œil terne, langage peu compréhensible, pas d'odorat, peu de goût, ne pouvant se moucher à cause de l'impossibilité où il est de faire passer de l'air par le nez.

La rhinoscopie seule donne l'explication de ces phénomènes ; ni la cloison du nez n'est visible, ni l'orifice de la trompe d'Eustache, ni son bourrelet.

Du voile du palais, qui paraît raccourci par une membrane lisse, rougeâtre qui se dirige vers la base du crâne. Corres-

pondant au bord supérieur de l'orifice nasal gauche on aperçoit un trou de 5 millimètres de longeur et 3 millimètres de largeur, obstrué par des mucosités; le fond paraît être formé de granulations. Ce trou avait été fait au moyen du galvanocautère quelques années auparavant. L'insufflation d'air par la narine gauche fait paraître une série de bulles d'air au fond du trou. Le malade n'offre aucune autre infirmité; pas de trace de scrofule, ni de syphilis.

L'ouïe, pour la montre, est à gauche 45 centimètres, à droite 6 centimètres; il éprouve des bourdonnements à droite; le diapason y est également perçu plus fort quand on l'applique sur le crâne. Une insufflation d'air dans les trompes améliore l'audition et confirme en même temps la supposition que l'orifice des trompes se trouve entre la membrane et l'orifice postérieur des narines.

Schrotter fait, au moyen du galvanocautère, par le pharynx, une forte cautérisation dans la membrane au niveau de l'orifice postérieur de la narine droite. Au bout de deux jours, l'air passe et l'odorat revient. Introduction d'une bougie en métal par la narine droite, qui y reste à demeure. Le lendemain, trou de 10 à 12 millimètres; introduction d'une seconde bougie par l'autre narine; les deux bougies sont liées ensemble au-devant du nez pour écarter l'orifice artificiel. Huit jours après on distingue parfaitement la cloison et la base du crâne. Dix jours après, on fait une nouvelle cautérisation au galvanocautère au niveau du bord inférieur gauche de l'ouverture artificielle. Au bout de huit jours, la sonde pénètre dans les deux trompes, à droite un peu plus difficilement qu'à gauche; l'air passe. Voici le résultat obtenu par un mois de traitement; la physionomie est tout à fait transformée, l'œil est clair, la bouche fermée, l'expression de la figure gaie; l'air passe abondamment par les narines; l'odorat est bon, le goût amélioré; l'ouïe est bonne. La malade quitte l'hôpital pour revenir deux fois par semaine se faire introduire les bougies.

Le second cas se rapporte à une cicatrice syphilitique; le troisième, à une blennorrhée chronique des muqueuses du nez, etc., le quatrième, est d'origine syphilitique; le cinquième est dû à une rhinite chronique (ozène); et le sixième, est d'origine indéterminée.

En terminant, Schrotter décrit son nouveau releveur

du voile du palais, en caoutchouc durci, modification de l'instrument de Voltolini, donnant un angle de 45° à la partie courte de l'instrument et supprimant les ailes latérales. (*Monatsschr. für Ohrenheilkunde*, etc., n° 8, 1882). L. B.

Contribution à la thérapeutique locale des affections du pharynx, par le Dr Weise, de Berlin. — C'est la difficulté qu'on rencontre chez les enfants, pour examiner et traiter la gorge, qui a suggéré à l'auteur l'idée de faire construire un abaisse-langue avec un pulvérisateur. Cet instrument ne permet pas seulement de faire l'examen de la gorge et le traitement en même temps et sans autre instrument, mais il permet aussi d'éviter d'autres inconvénients, tels que blessures, hémorrhagies, etc. L'auteur se plaît à lui attribuer une importance particulière dans le traitement de la diphtérie, et il indique sa manière de procéder dans ces cas ; on commence, par exemple, à faire une pulvérisation avec :

Acide salicylique........	1 gr.
Esprit de vin rectifié......	25 gr.
Glycérine.................	105 gr.

au moyen de cet instrument ; puis il fait prendre à demi-heure d'intervalle, une cuillerée à café de vin de Hongrie, à deux heures une cueillerée d'une potion de benzoate de soude (5 sur 200) ou de benzoate de magnésie, s'il y a apparence d'une altération du cœur, à deux heures et demie il fait gargariser avec une solution d'acide salicylique de 1 sur 300, pour recommencer ainsi le même traitement avec la seule modification que, la nuit, les intervalles comprennent une heure au lieu d'une demie-heure.

La réserve, avec laquelle l'auteur recommande son traitement, l'empêche de se voir confondu avec les inventeurs de spécifiques pour la diphtérie, et mérite qu'on en prenne note. (*Allgem. Wien. medic. Zeit.* n° 41, 1882). L. B.

Trois observations d'extirpation du larynx. — Clinique du professeur Czerny de Heidelberg., par le Dr F. Maurer, médecin assistant.—Les trois cas, dont il s'agit, ont déjà été signalés par Foulis (International med. Congress. 1880. Table of cases of complete exstirpation of the larynx), et par Schüller (*Deutsche Chir.*, *Lief.* 37, 1880, p. 200).

Maurer en fait la description détaillée, et très intéressante.

Le premier malade, atteint d'un lymphosarcome du larynx, fut opéré au mois d'août 1878, et mourut au mois de novembre à la suite d'une décomposition sanieuse des nombreuses métastases des glandes du cou.

Le second cas, un épithélioma du larynx et des parties molles, qui le recouvrent fut opéré au mois d'octobre 1880, et le malade succomba au mois de mars 1881 à la suite de fortes hémorrhagies provenant d'une récidive locale très étendue.

Le troisième cas, également un épithélioma du larynx, fut opéré au mois de mai de l'année passée, et le malade jouit encore aujourd'hui d'une santé parfaite. (*Berlin. Klin. Wochenschrift* n° 26 et 27 1882.) L. B.

Contribution à l'étude des sténoses trachéo-bronchiques chez l'enfant, par le Dr S. Neumann. (*Beitrag zur Lehre von den Tracheo-Bronchostenosen im Kindesalter.*) L'auteur raconte le cas d'une sténose trachéo-bronchique produite par l'engorgement des ganglions bronchiques qui finirent par se ramollir et par s'abcéder. L'abcès se fit jour dans les deux bronches et dans l'œsophage; comme le démontre l'autopsie. La trachéotomie avait été faite sans succès. L'auteur insiste sur le renversement prononcé de la tête en arrière qu'il indique comme un symptôme pathognomonique de cette sorte de sténose (?). (*Wiener med. Blätter, 1882*, nos 20 et 21.) L. B.

Du carcinome profond du cou d'origine branchiale, par R. Volkmann. — L'auteur a observé dans ces dix dernières années, chez trois hommes de l'âge de 40 à 50 ans, dans le triangle supérieur du cou entre les muscles des cancers qui ne tenaient ni à la peau ni à la muqueuse pharyngienne, ni à des glandes lymphatiques malades, mais qui étaient évidemment des néoplasmes primitifs ; dans deux cas seulement l'extirpation radicale fut possible, et l'un des deux mourut dix jours après l'opération à la suite d'une hémorrhagie secondaire.

L'examen exact de la région, où se trouvèrent ces néoplasmes, dont le germe doit être cherché nécessairement dans une couche épithéliale, fait supposer qu'ils forment le pendant des athéromes profonds du cou et qu'ils proviennent du développement ultérieur de germes cellulaires épithéliaux, qui n'ayant pas disparu, donnent lieu longtemps après à une prolifération hétéroplastique, provoquée par une forte irritation restée inconnue.

Cette espèce de carcinome est très rare en comparaison des kystes, des chondromes, ainsi que de chondro-sarcomes d'origine branchiale. Elle remplit seule, d'après l'auteur, les conditions nécessaires pour faire admettre l'hypothèse d'une préformation embryonnaire (Cohnheim) du germe carcinomateux centrale. (*Centralbl. fur Chir.* 1882, N° 4, et *Centralbl. f. Med.* Wissensch., N° 38, 1882.) L. B.

Des excoriations superficielles de la langue par M. Hack. — L'auteur a eu l'occasion de suivre sur trois générations chez lesquelles la syphilis était inadmissible, la prédisposition à avoir des desquamations de la langue.

Une absence des papilles de la langue sur la ligne longitudinale (Unna) avait amené chez une femme de 38 ans, un sillon peu profond et des crevasses plus ou moins symétriques des bords de la langue. Sur le dos de cet organe existaient plusieurs excoriations superficielles rondes, tandis que sur les bords, et sur la pointe, une série d'enfoncements oblongs et ovoïdes à bords jaunâtres et aigus s'étaient formés. Ces parties étaient rouges et les papilles fongiformes étaient hypertrophiées. La malade se plaignait de sensations de violente brûlure quand elle mangeait des mets acides, elle éprouvait également une certaine difficulté à mouvoir sa langue. La maladie avait commencé dans la plus tendre enfance.

La mère, âgée de 62 ans, présentait les mêmes lésions : excoriations rouges à bords jaunâtres sur la pointe et les bords de la langue. Chez deux de ses enfants, la langue était également couverte d'excoriations.

Dans le 2e cas, le père de la malade principale présentait une excoriation molle, d'un rouge uniforme et de la grandeur d'une pièce d'un franc; un frère qui ne s'est pas présenté à l'examen, souffrait depuis son enfance de douleurs à la langue; une petite fille offrait toute une série d'excoriations rouges, et la patiente même, qui a trente ans souffrait fortement d'excoriations rouges à bord jaunâtre (*Monatsschr. Pract. Dermatot*, *Avril 1882 et Allg. med. central. Zeit.* n° 76, 1882). L. B.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Damaschino. — Muguet primitif du pharynx chez les typhiques (*Soc. med. des hôp.*, 24 Novembre 1882 et *Thérap. contemp.*, 29 Novembre 1882.)

DAUCHEZ. — Angine diphtéritique récidivant le 20e jour sur le même sujet; paralysie précoce du voile et du palais (*France med.*, 16 Janvier 1883).

DUGUET. — Du muguet primitif de la gorge (*France med.*, 5 Décembre 1882).

FOLLET. — Polype naso-pharyngien (Compte rendu *in Bullet. med. du Nord*, 10 Octobre 1882).

GENET. — Angine périodique cataméniale (*Courr. med.*, 25 Novembre 1882).

GORDON HOLMES. — Observations cliniques sur le traitement des amygdales hypertrophiées (*The Lancet*, 11 Novembre 1882).

REIGNIER. — Abcès rétro-pharyngien chez un enfant de quatre mois. (*Concours méd.*, 25 Novembre 1882).

F. RUBIO. — Des difficultés de l'extirpation des amygdales friables. (*El siglo med.*, 17 Décembre 1882).

WALTER SMITH. — Deux cas de paralysie de la moitié gauche du voile du palais. (*Acad. of. med. in Ireland* et *The Lancet*, 30 Décembre 1882).

Nez.

ARCHAMBAULT. — Du coryza syphilitique. (*Journ. de med. et de chirurg. prat.*, Décembre 1882).

JOUIN. — De la dilatation immédiate progressive dans l'occlusion de l'orifice naso-pharyngien. (*Rev. med. franç. et étrang.*, 20 Janvier 1883).

LOCQUIN. — Polypes muqueux des fosses nasales, dégénérescence des os en rapport avec la muqueuse de Schneider. (*Gaz. des hôp.*, 16 Janv. 1883).

LUCAS. — Un cas d'ozène syphilitique dans lequel on pratiqua deux fois l'opération de Rouge (*The Lancet*, 20 janvier 1883).

MASINI. — La résorcine dans l'ozène. (*Arch. Itali. di laring.*, 15 Octobre 1882).

ZUCKERKANDL. — Anatomie normale et pathologique de la cavité nasale et de ses sinus. (*Monatssch. f. ohrenh.*, n° 4, 1882).

Larynx.

ARIZA. — Notes cliniques relatives à un cas de périchondrite et carie des cartilages du larynx (*El siglo med.*, 26 Novembre et 5 Décembre 1882).

BONOMA. — De la tuberculose pharyngo laryngée. (*Arch. Itali. di laring.*, 15 Janvier 1883).

CICCONARDI. — Sur un cas de tuberculose laryngée. S'agit-il de laryngite tuberculeuse rimitive? Importance de l'examen laryngoscopique. (*Arch. Itali. de la ing.*, 15 Janvier 1883).

DAVY. — Herpès du larynx. (Thèse Paris, 1882).

DELAS. — De la laryngite catarrhale aiguë dans la première enfance. (Thèse Paris, 1883).

ELSBERG. — Tumeurs papillomateuses du larynx (*The Méd. Rec., N. Y.*, 25 novembre 1882).

FASANO. — Sur un cas de muguet du larynx. (*Arch. Itat. di laryngol.*, 15 Janvier 1883).

FERRAND. — Contribution à l'étude de la phtisie laryngée, la dyphagie et ses conséquences. (*Thèse de Paris*, 16 Novembre 1882).

FRANKEL. — Du diagnostic de l'ulcère tuberculeux du larynx. (*Berlin, Klin. Wochensch.* n° 4, 1883).

GENTY. — Des symptômes laryngés d'origine nerveuse dans le cancer de l'œsophage. (Thèse, Paris, 1883).

GOUGUENHEIM. — Des névroses du larynx. (*Progr. méd.*, 13 et 20 Janvier 1883).

GRAZZI. — Sur un cas de laryngite chronique grave. Trachéotomie. (*Bollet. del. malat. del l'orechio, della gola e del naso*, Florence, 1er Janvier, 1883).

Grazzi. — Epithélioma du larynx, (*Archiv. Ital. di laryng.*, 15 octobre 1882).

Greffier. — Fièvre typhoïde, ulcérations du larynx; Trachéotomie. (*Soc. Anat.*, 10 Mars 1882 et *Prog. méd*, 30 Décembre 1882.)

Ivins (Horace). — Du traitement mécanique des sténoses laryngo-trachéales. (*The Hahnemannian monthly*, Décembre 1882, n° 21.)

John M. C. Munn. — Un cas mortel de laryngite striduleuse. (*The Lancet*, 9 décembre 1882.)

Kemhadjam-Mihan. — Contribution à l'étude de la paralysie bilatérale du dilatateur de la glotte. (Thèse Paris, Octobre 1882.)

Masseï. — Sur un cas de paralysie des cordes vocales; étude préparatoire aux paralysies motrices (*Arch. Ital. di laringol.*, 15 Octobre 1882.)

Masseï. — Rapport médico-légal (*Arch. Ital. di laringol.*, 15 Janvier 1883).

Masucci. — Tuberculose laryngée ; ses formes et sa médication locale (*Arch. Ital. di laringol.*, 15 Octobre 1882).

Moore (Norman). — Inflammation chronique de la glotte. de la trachée et du larynx. (*Patholog. soc. of London*; 2 janvier 1883 et *Brid. med. journ.* 6 Janvier 1883).

Ruggi. — Un cas d'extirpation totale du larynx. (*Arch. Ital. di laryngol.*, 15 Janvier 1883).

Solis Cohen. — De la tuberculose du larynx. (*Amer. journ. of med. scienc.*, Janvier, 1883).

Oreilles

Bartlett. — De l'acide borique pulvérisée dans le traitement des catarrhes purulents chroniques de l'oreille moyenne. (*The Hahnemannian, monthly*, Décembre 1882, n° 21).

Bride (M.-C.). — Remarques sur la physiologie du vertige auriculaire et sur quelques autres névroses produite par les maladies de l'oreille. (*Brid. med. journ.* 30 Décembre 1882).

Buch (Albert). — Un cas de corps étrangers du conduit auditif externe ; Extraction par le décollement du pavillon et du conduit cartilagineux. (*The. med. Rec.* 16 Décembre 1882).

Burnett (Charles). — Des avantages du traitement sec dans l'otorrhée. (*Amer. journ. of med. scienc.* Janvier 1883, p. 83).

Burnett (Ch.). — Otite moyenne chronique purulente, son traitement au « *Presbytérian hospital* » de Philadelphie (*Americ. journ. of Otol.* Boston, Octobre 1882).

Burnett (Ch). — Quelques observations sur l'utilité du salicylate de chinoline dans l'otorrhée. (*Améric journ. of Otol.* Boston, Octobre 1882).

Clarence Blacke. — Développement du revêtement dermoïde du tympan, (*Améric. journ. of. Otol* Boston, Octobre, 1882.)

Ellis Richard. — Notes sur un cas de surdité à la suite de contusion cérébrale. (*Brit. med. journ.* 30 Décembre 1882.

Gellé. — Surdité au point de vue de l'hygiène, (*Trib. Med.* 30 Décembre 1882).

Gellée. — Otorrhée, bourdonnements d'oreille, surdité d'origine réflexe ; guérison par l'extraction de dents cariées. (*Trib. med.* 10 Déc. 1882).

Grazzi. — Des insufflations auriculaires et de leur valeur thérapeutique. (*Bolletino delle malatie dell' orechio, della gola e del naso.* Florence, 1er Janvier. 1883.

Knapp. — Un cas de surdité bilatérale à la suite des oreillons. (*Arch. of Otol. N. Y.* Décemb. 1882).

Garcia. — Monso (E.) Complications auriculaires des angines (*El siglo. med.* 12 Septembre 1882).

Moos. — Etiologie et résultat de l'examen de 40 cas de surdité congénitale (*Zeitsch. of Ohrenh et Arch. of Otol. N. Y.*, Décembre, 1882).

Moos et Steinbrugge. — Pachyméningite hémorrhagique dégénérescence

aiguë des deux nerfs acoustiques; Thrombose de l'artère auditive interne du côté droit. (*Arch. of N. Y. Otol.* et *Zeitsch. of Okrenh.* 30 Août 1882 Décembre 1882).

MOOS et STEINMBRUGE. — Rapport clinique et histologique sur 100 cas de polypes de l'oreille (*Zeitsch. fur Ohrenh.* 25 Octobre 1882 et *Arch. of Otol.* Décembre 1882).

OREN POMMEROY. — De l'usage des tubes de caouchouc durci dans les cas de suppuration chronique du tympan avec rétrécissement ou occlusion du conduit auditif externe (*Améric. Journ. of Otol.* Boston. Octobre 1882).

PIERCE. — Un cas de maladie de l'os temporal, avec hernie du cerveau (*Arch. of Otol. N. Y.*, Décembre, 1882. *Brit. Med. journ.* 21 oct. 1882.)

VILLIAM JAMES. — Des vertiges chez les sourds-muets (*Améric. journ. of Otol* Boston. Octobre 1882).

Varia.

ALBERT (de Vienne). — Plusieurs cas d'extirpation de goitre. (*Wi n. med. Presse.* nos 3, 6, et 10. 1882).

AVENIA. — Croup, trachéotomie, mort. (*Arch. Ital. de laring.* 15 Janvier 1883).

BARTHELEMY. — Note snr le psoriasis des muqueuses et surtout sur le psoriasis lingual (*Journ. des conn. méd.* 4 Janv. 1883).

BRAATZ. — Un spéculum trachéal (*Centrall fur chir.* 23 Sept. 1882. *et the med. Rec. N. Y.* 18 Nov. 1882).

BOUCHUT. — Tuberculose des ganglions bronchiques ayant amené l'ulcération de la trachée et la mort subite par évacuation et séjour d'un fragment caséux dans les voies aériennes. (*Paris, Med.* 25 Nov. 1882).

BUFARDI. — Une modification du trachéotomie de Maisonneuve et de Lési. (*Arch. Ital. di Laryng.*, 15 Octobré 1883.)

COULON. — Essai sur le cancer du corps thyroïde. (*Thèse* Paris 1882).

DAVEZAC. — Des inhalations iodoformées chez les phtisiques. (*Journ. de méd. de Bordeaux* 7 janv. 1883.

GEORGES LEFFERTS. — Corps étranger des voies aériennes, rupture de la trachée dans les efforts de toux, emphysème chirurgical, trachéotomie mort. (*The Med. Rec. N. Y.* 25 Nov. 1882).

GOODNO. — Histoire de 5 trachéotomies. (*The Hahnemannian Month.* Nov. 1882),

HÉNOCH. — De la diphtérie (*Berlin. Klin. Wochensch.*, n° 40, 1882).

JACOBSON. — Ulcérations de la langue, de leur diagnostic et de leur traitement. (*Brit. Méd. Journ.*, 20 Janv. 1883).

NATHAN-JACOBSON. — Corps étrangers des voies aériennes; haricot enclavé dans la bronche droite. Trachéotomie, extraction, guérison (*The Méd. Rec.*, 30 Décembre 1882).

SHRADY (Georges). — Trachéotomie suivie de succès, dans un cas de croup chez un enfant de douze mois (*The Méd. Rec.*, 6 Novembre 1882, p. 512).

THOMAS. — Rapport sur 15 trachéotomies. (*The Hahnemannian Month.*, Novembre 1882).

UN NOUVEAU JOURNAL

M. le docteur Vittorio GRAZZI, de Florence, dont le nom est loin d'être pour nous un inconnu, vient d'avoir l'heureuse idée de fonder un nouveau journal spécialement consacré à l'étude des maladies de l'oreille, de la gorge et du nez, sous le titre de *Bolletino delle malattie del l'orechio, della gola, e del naso.*

Que notre savant confrère reçoive nos meilleurs souhaits de bienvenue.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 1